

## FORMULARIO DE ELECCIÓN DENTAL MEDI-CAL

Utilice este formulario para unirse o cambiarse de plan dental o regresar a Medi-Cal Regular. Si necesita ayuda para completar este formulario, llame al 1-800-430-3003.

Envie por correo este formulario completo a: California Department of Health Care Services • Health Care Options • Box 989009, W. Sacramento, CA 95798-9850.

SÍR	VASE ESCRIBIR CLARAMENTE EN LETRA IMPRENTA	A USANDO SÓLO TINTA AZUL O NEGRA. LLENE COM	PLETAMENTE LOS ÓVALOS 🌑 PARA	A INDICAR SU ELECCIÓN. VEA EL E	JEMPLO EN LA PARTE POSTERIOR.
			M		
L			○F		
1) [	Iombre del Jefe de Familia (Nombre, Apellido)	2	) Sexo 3) Número de Teléfono		
4) Dirección (Número de la Casa, Calle, Número de Departamento, Ciudad y Código Postal)					
Sírv	ase escoger un Plan Dental de la lista para cada m	iembro mencionado. Los Códigos del Doctor/ Clínica	se pueden encontrar en el Directorio d	le Proveedores del Plan Dental.	
		(	$\bigcirc$ M		
			⊃F		
5) N	Iombre del Solicitante (Nombre, Apellido)	6	) Sexo	6b) Número de Seguro So	cial
S	Deseo UNIRME o cambiar mi plan a:				
PLANES DENTALES	421 Access Dental Plan	O00 Regular Medi-Cal (FFS)			
DEN	425 Liberty Dental Plan of CA				
NES	427 HealthNet of California				
PLA		Código del Dentista / Clínica			
	Ingrese el código de la razón del cambio de plan.*				
F			→ M		
L			○ ''' ○ F		
5) N	Jombre del Solicitante (Nombre, Apellido)	6	) Sexo	6b) Número de Seguro So	cial
	Deseo UNIRME o cambiar mi plan a:				
PLANES DENTALES	421 Access Dental Plan	O00 Regular Medi-Cal (FFS)			
DENT	425 Liberty Dental Plan of CA				
VES I	427 HealthNet of California				
PLA		Código del Dentista / Clínica			
	Ingrese el código de la razón del cambio de plan.*				
		(			
L			○		
5) 1	Nombre del Solicitante (Nombre, Apellido)	6	) Sexo	6b) Número de Seguro So	ocial
	Deseo UNIRME o cambiar mi plan a:				
ALES	421 Access Dental Plan	O00 Regular Medi-Cal (FFS)			
PLANES DENT	○ 425 Liberty Dental Plan of CA				
NES	427 HealthNet of California				
PLAI		Código del Dentista / Clínica			
	Ingrese el código de la razón del cambio de plan.*				
*có	DIGOS DE LAS RAZONES DEL CAMBIO DE PLAN:				INTERNAL USE ONLY
Çód	igo 1: No pude escoger al doctor o dentista que dese igo 2: El plan de salud/ dental no satisfacía mis nece			Código 7: NO APLICA Código 8: NO APLICA	
	igo 3: Mi doctor/ dentista no satisfacía mis necesidad			Código 9: Otros	
)F∩ı	ARACIÓN DE ELECCIÓN: You no entros had hamos hacho la ol	acción nor escrito para recibir los beneficios de MediCal a través d	e los planes dentales, tal como lo he/hemos indic	ado en este formulario. Yol nosotros hal hon	nos leído y entendido las condiciones de este con
DECLARACIÓN DE ELECCIÓN: Yo/ nosotros he/ hemos hecho la elección por escrito para recibir los beneficios de Medi-Cal a través de los planes dentales, tal como lo he/hemos indicado en este formulario. Yo/ nosotros he/ hemos leido y entendido las condiciones de este contrato. Yo/ nosotros entendemos que para cambiar mi/ nuestro plan Dental Medi-Cal actual, yo/ nosotros debemos completar este formulario.					
_				_	
HIRM	ia del Jefe de la Familia Fei	cha Firma de Otro Adulto	Fecha <b>DHCS</b>	Firma de Otro Adulto	Fecha

7254061943





## Utilice el siguiente ejemplo cuando complete el formulario: SÍRVASE COMPLETAR LA INFORMACIÓN SÓLO CON LETRAS MAYÚSCULAS.

## **DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD**

El Departamento de Servicios de Salud (Department of Health Care Services) conservará la información que usted proporcione. Sólo se utiliza para inscribir y/o retirar personas que son elegibles para atención administrada Medi-Cal. Las leyes que regulan esta información se encuentran en el Código de Bienestar e Instituciones (Welfare and Institutions Code), Secciones 14016.5, 14016.6, 14087.305, 14087.31, 14087.35, 14087.36, 14087.38, 14087.96, 14088, 14089, 14089.5, y 14631 y el Código de Reglamentos de California Sección 51085.5 (California Code of Regulations). Si faltara alguna información solicitada en el formulario de elección, entonces alguna de las personas que aparece en el formulario no va a poder unirse a un plan de salud, salir de un plan o escoger el plan que él o ella desee.

Sólo las agencias gubernamentales relacionadas con Medi-Cal program podrán acceder a la información que usted proporcione. Las personas que aparecen en el formulario pueden ver los archivos que Medi-Cal tiene de ellos. Sin embargo, no se podrá tener acceso a ninguna información que se esté utilizando en una investigación o demanda. Si desea ver su archivo Medi-Cal, contáctese con el Departamento de Servicios de Salud (Department of Health Care Services) en la dirección que aparece en el reverso de este formulario.